

Forma de Reporte de S'COOL

Identificación de cuenta (Login ID): _____ Ciudad: _____

Fecha (ex. 2000 09 20): Año _____ Mes _____ Día _____ Satélite: _____

Hora Local (Reloj de 24 Horas ex. 14:26): Hora _____ Minutos _____ Hora Universal: Hora _____ Minutos _____

Observaciones de las Nubes: (Seleccione el tipo de nube observada más frecuente en cada nivel donde existen las nubes. Cubierta de Nube y Opacidad Visual se debe determinar para cada nivel observado. Utilice la sección de comentarios para otras descripciones.)

- Cielo Claro – Ningunas** (salte a la sección de la "cubierta superficial")
 Nubes presentes (continúe al nivele(es) observado - no se olviden de contar las estelas de vapor si presente)

Nivel Alto

Nivel Alto


Numero de estelas de vapor persistente _____ Numero de estelas de vapor pasajera _____

Tipo de nube:
 Cirro
 Cirrocúmulo
 Cirroestrato

Masa Nubosa:
 Claro (0 - 5%)
 Parcialmente nublado (5% - 50%)
 Mayormente nublado (50% - 95%)
 Completamente nublado (95% - 100%)

Opacidad Visual:
 Opaco
 Translúcido
 Transparente

Nivel Medio

Tipo de nube:
 Altoestrato
 Altocúmulo

Masa Nubosa:
 Claro (0 - 5%)
 Parcialmente nublado (5% - 50%)
 Mayormente nublado (50% - 95%)
 Completamente nublado (95% - 100%)

Opacidad Visual:
 Opaco
 Translúcido
 Transparente

Nivel Bajo

Tipo de nube:
 Niebla
 Nimboestrato
 Cumulonimbo
 Estrato
 Cúmulo
 Estratocúmulo

Masa Nubosa:
 Claro (0 - 5%)
 Parcialmente nublado (5% - 50%)
 Mayormente nublado (50% - 95%)
 Completamente nublado (95% - 100%)

Opacidad Visual:
 Opaco
 Translúcido
 Transparente

Observaciones de la tierra:

Cubierta Superficial: (Obligatorio)		Medidas Superficiales: (Opcional - usted puede someter cualesquiera o todos)	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Temperatura:	Presión Barométrica: (Escoja Unidad)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Centígrado o	_____ hPa _____ psi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ Fahrenheit	_____ mb _____ pulgadas Hg
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		_____ atm _____ torr (mm Hg)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Humedad Relativa: _____ %	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Comentarios:

Revised 7/13/07